

A DEPRESSÃO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: RESSONÂNCIAS DA ATUALIDADE

Daura Cândida Pereira Carvalho
Maria de Fátima Pessoa de Assis
(UFG - Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí)

Resumo

A depressão é constitutiva do ser humano, pois faz parte de sua condição existencial, uma vez que a dor da falta do outro nos acompanha por toda a vida. No entanto, a depressão também é doença do vivente humano, quando perde sua vida psíquica, os seus recursos simbólicos para enfrentar os traumas. Partindo destes pressupostos básicos, este trabalho objetiva investigar o conceito de depressão a partir do enfoque psicanalítico e como ela se apresenta na clínica atual, bem como visa elucidar possíveis formas de intervenção. A pesquisa consiste em levantamento bibliográfico e teórico com bases de trabalho SCIELO e PEPsic, principalmente no período compreendido entre 2010-2015.

Palavras-chave: Depressão; Clínica psicanalítica; Cultura; Atualidade.

Abstract

The Depression in the Psychoanalytic Clinic. Present Days Resonances

The depression is constitutive of the human being because it is part of its existential condition, since the pain of another's absence accompanies us throughout life. However depression is also a condition of the living human being when it loses its psychic life, their symbolic resources to face the traumas. Starting from this basic assumption this work aims to investigate the concept of depression from the psychoanalytic approach and how it is presented in current clinical, as well as aims to elucidate the possible forms of intervention. The research consists of bibliographical and theoretical surveys based on SCIELO and PEPsic databases, mainly in the period of 2010-2015.

Key words: Depression; Psychoanalytic clinic; Culture; Present days.

Introdução

A temática da depressão encontra-se atualmente na ordem do dia, não somente profissionais especializados, mas também

pessoas sem nenhum conhecimento teórico ou técnico aventuram-se a realizar diagnósticos de depressão. Nesse sentido, percebe-se uma disseminação de diagnósticos de depressão, assim como

prospera forte presença deste tema em diversos discursos.

Os estados depressivos, nas suas múltiplas faces e graus, hoje, não escondem a sua importância na prática analítica, e tal afirmação pode ser confirmada pelo crescente aumento da incidência desta patologia na atualidade, considerada entre as dez mais importantes causas incapacitantes dos sujeitos. A estatística da depressão aumenta não somente em números absolutos, mas em números relativos se comparada a outras épocas, de acordo com Zimermam (2004).

Portanto, este trabalho procura investigar as diferentes concepções teóricas sobre a depressão e suas ressonâncias na clínica psicanalítica contemporânea. Analisa ainda as possíveis relações entre os sintomas de depressão e o cenário da atualidade, também conhecido como Modernidade Tardia (Giddens, 1991).

Com efeito, as grandes transformações históricas sob o efeito da aceleração tecnológica e da temporalidade veloz empurram os processos de subjetivação para o crescente mal-estar. Sendo assim, a depressão tem sido compreendida como sintoma social, porque rompe, de forma silenciosa, o sentido das

crenças e valores estabelecidos no pacto social (Kehl, 2009).

A atualidade, também conhecida como “Era dos transtornos” (Jerusalinsky & Fenfrik, 2011), sinaliza que o pensamento médico tornou-se hegemônico, o que faz com que o repertório da vida psíquica como um todo, com seus afetos e angústias, seja transformado em doença que deve ser medicada.

Tal problemática, presente no cenário atual, coloca desafios para a prática analítica, com destaque para a expectativa de que tratamentos medicamentosos solucionem o sofrimento, para que o sujeito possa retornar rapidamente ao mercado de trabalho.

Sendo assim, a presente pesquisa justifica-se, pois procura contribuir para elucidar fatores contextuais que incidem na produção da problemática da depressão na atualidade.

Depressão: aspectos históricos e contextuais

O presente estudo parte da constatação de que a depressão compõe a própria natureza humana, ou seja, o homem não caminha sem a sua tristeza e esta segue associada à sua condição de morte. Neste sentido, pode se afirmar que a depressão

peregrina com o homem desde a antiguidade.

A tristeza consiste na própria dor do ser. Dor sem causa ou definição, sem possibilidade de compreensão, dor do nada, do vazio de existir. Muitos já tentaram traduzir e até minimizar essa forma de dor, nomeando-a com expressões: tristeza, trevas, sombras sem fim, sol negro, nevoeiro, tempestade em céu sereno, apatia, tédio e outras mais. (Peres,2010).

Com Freud, a expressão “melancolia” foi mais empregada do que depressão. Na obra *Luto e melancolia* (1914/1996), Freud admite a fragilidade do conceito de melancolia, o qual não tinha sido, até então, determinado, nem sequer na psiquiatria descritiva. Iniciaremos por definir o campo das “tristezas/depressão”, buscando acompanhar Freud em *Luto e melancolia* (Freud, 1914/1996), o que nos permite diferenciar o luto da melancolia.

Na melancolia, o mal estar não possui uma duração passageira e finita como no trabalho do luto. O luto, de acordo com o pai da Psicanálise, é a reação à perda de um ente querido, ou alguma abstração que ocupou o lugar de um ente, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e, muitas vezes, a mesma influência em algumas pessoas pode produzir, ao invés de luto,

melancolia. Sendo assim, o luto não diz respeito à condição patológica, pois se espera que, após um tempo, seja superado.

De acordo com Freud (1914/1996, p. 250), os traços referentes à melancolia são: “desânimo penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição das atividades, diminuição dos sentimentos de autoestima, que, muitas vezes, acabam culminando em expectativa delirante de punição”. Esses mesmos quadros podem ser encontrados no luto, possuem as mesmas características; porém, no estado do luto, não se nota a perturbação da autoestima, como é encontrada na melancolia.

Ao contrário do luto, em que o indivíduo sabe o que perdeu, na melancolia não se pode ver claramente o que foi perdido, ainda que o indivíduo se veja consciente do que perdeu, dando origem à sua melancolia. Assim sendo, sugere-se, portanto, uma “forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência” (Freud, 1917/1996, p. 251).

Atualmente, a melancolia cede espaço para depressão, termo introduzido pela psiquiatria, o qual implica “diminuição”, “redução”. A expressão aplica-se a um estado de doença, diferentemente da melancolia, que seria uma

forma de marcar a tristeza. Como a tristeza, agora vista como depressão, entra em cena no contexto do mal-estar contemporâneo?

De acordo com Birman (2012), a contemporaneidade tem se revelado como fonte de surpresas e de imprevisibilidades, tanto no registro coletivo quanto no individual, se compararmos com o que ocorriam poucas décadas atrás. Os signos que orientavam o mundo já não se conservam estáticos, pois estão sendo deslocados de suas posições e lugares simbólicos.

Birman (2012, p. 10) afirma também que as transformações, “a virada de ponta-cabeça nas coordenadas constituintes do sujeito”, desviam os limites da força do mal-estar na contemporaneidade. O termo “mal-estar”, aqui utilizado, refere-se a “um conceito eminentemente psicanalítico, que foi enunciado por Freud em *O Mal-estar na Civilização*, 1930” (Birman, p. 56).

As novas modalidades do mal-estar começaram já a indicar suas diferenças nos anos de 1970 e 1980, e todos os seus signos, a partir dos anos 90, apresentaram-se com muita intensidade. No lugar dos sofrimentos psíquicos ligados aos imperativos das pulsões e das interdições morais, apresentam-se como dor e inscrevem-se no registro do corpo, da ação e das intensidades.

No âmbito do corpo, verificamos, por exemplo, o estresse, o pânico. No campo da ação, a hiperatividade, a violência, a criminalidade; no campo das intensidades, a depressão consiste em uma das modalidades principais de sofrimento. O campo das intensidades é realizado pelo excesso, o qual se apresenta como afetação e se expressa como sentimento.

Segundo Birman, não é a culpa que se inscreve nas narrativas psicanalíticas como anteriormente se destacava no quadro clínico da melancolia, mas o vazio, sendo esse o signo por excelência na contemporaneidade. As pessoas queixam-se cada vez mais do vazio e que não têm nada dentro de si. Para tais pessoas, sua existência e o mundo perderam o sentido. Em decorrência, buscam no uso de drogas legais e ilegais, no consumo excessivo e em outros subterfúgios, algo para preencher o vazio existencial.

A cultura da droga encontrou nesse contexto condições e espaços necessários para a possibilidade de oferecer consolo ou alento a essas “formas desérticas de existências”, esclarece o autor, ainda que as drogas ofereçam simplesmente uma experiência ilusória e de curta duração, “pois o vazio se repõe e é relançado novamente ao psiquismo” (Birman, 2012, p. 120-121). Não

somente as drogas ilícitas têm se expandido, mas também as ditas lícitas, ou as legitimadas pela medicina e pela psiquiatria.

Portanto, diante do vazio da existência, o sujeito insiste na experiência das drogas, podendo até mesmo adentrar no terreno das patologias psiquiátricas, que crescem diante da experiência do vazio no contexto da contemporaneidade.

Birman afirma que as depressões se transformaram em um dos maiores males da atualidade, e, juntamente com as toxicomanias e o pânico, são as principais formas do adoecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão, nas várias formas e sintomatologias, aparece como “a segunda enfermidade médica mais frequente na atualidade” (p.119) e com expectativas de crescimento para os anos seguintes (Birman, 2012).

Birman ainda chama a atenção para o uso de medicamentos recomendados pelos clínicos. Com a prática médica assumindo cada vez mais uma visão técnica, em que o clínico não acolhe psiquicamente os pacientes, muitas vezes, a prática utilizada consiste em tentar “suavizar o desamparo destes”, medicalizando-os ostensivamente, com uma extensa variedade de psicotrópicos e antidepressivos.

Autores destacam que até mesmo na psiquiatria clínica o fato acima se repete, sendo que, em muitos casos, não existiria uma utilização ajustada e cientificamente fundada no uso de medicamentos, fazendo com que alguns sejam utilizados seguindo conhecimentos genéricos da psicofarmacologia que os psiquiatras possuem. Assim sendo, o autor conclui que a psiquiatrização do sofrimento pelo uso de medicamento consiste em uma das fontes que contribui e “alimenta a cultura das drogas” (Birman, 2012, p. 88).

Depressão e clínica atual

Diante do modo de vida contemporâneo de uma sociedade cada vez mais consumista e narcisista, em um contexto em que o sofrer ou o entristecer se encontram fora de moda, a depressão mais se assemelha a uma grande neurose contemporânea, e o sujeito ainda se vê culpabilizado por representar o fracasso no palco da vida.

Os novos ideais e valores arraigados não autorizam espaço para o sofrimento como condição existencial básica do ser humano e, sendo assim, neste contexto, não se é concedido lugar para o deprimido, que consiste em ser “culpabilizado e

imediatamente medicado” (Birman, 2012, p. 109).

Com relação ao sofrer, especificamente, percebemos que uma cultura que tende a desprezar as dimensões simbólicas da vida, inerentes a todas as formas de criatividade - estas intrínsecas às possibilidades de enfrentamento de qualquer condição adversa e/ou de sofrimento - busca, assim, aviltadamente agir nas dimensões do real destes afetos, o que implica um esvaziamento simbólico que redundará infinitamente em torno de um vazio, o que, por sua vez, configura o semblante de um mundo que apreendemos como depressivo (Tavares, 2009 citado por Abras, 2011).

O que ocorre atualmente consiste em uma banalização acentuada do diagnóstico da depressão associado à urgência do tratamento medicamentoso. Não se pode deixar de considerar que, muitas vezes, o medicamento é necessário, sobretudo no caso da psicose. Todavia, a medicação exacerbada resulta no tamponamento do desamparo e deposição do corpo, que se torna dócil ao controle da medicação, como via de expressão simbólica.

Kehl (2009) assegura que, diante da epidemia dos estados depressivos na atualidade, encontramos também a patologização da vida subjetiva, de modo que tudo leva a um estado cada vez mais depressivo, embora não se possa negar a contribuição de novas medicações, as quais podem auxiliar o analista no tratamento das depressões.

De acordo com Abras (2011), os psicanalistas compactuam com uma visão não “biologizante da subjetividade”, pois partem do pressuposto de que o trabalho analítico se estrutura na falta. Sendo assim, para uma mudança duradoura, é necessário um intenso trabalho de confrontação com a castração. Consequentemente, quando a pessoa se encontra em final de análise, reconhece a falta, mas não se deixa paralisar por ela.

Para Delouya (2010, p. 35) “assistimos um conluio curioso entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido - não posso isso, não consigo aquilo”. De fato, para cada queixa, há uma verdadeira parafernália nosográfica da psiquiatria.

A expansão da indústria farmacêutica acarreta um aumento dos diagnósticos de depressão, como também enseja uma passagem para versão patológica e

medicalizável de todas as formas de inquietação, de oscilação de ânimo e inadaptação à norma, que caracterizam a vida e a vitalidade psíquica. Tudo se passa como se nesse cenário não houvesse lugar para as manifestações do inconsciente (Kehl, 2009).

Nesse contexto, Kehl ainda enfatiza a grande divulgação de novos métodos diagnósticos capazes de detectar os primeiros sintomas da depressão, precocemente, assim como outros distúrbios medicalizáveis. Como exemplo, tem-se a forte propaganda nos congressos de psiquiatria (patrocinados pelos laboratórios que distribuem folhetos com listas de sintomas de depressão), convidando o leitor ao autodiagnóstico. Os folhetos, muitas vezes, também são distribuídos a pessoas leigas, com o intuito de ajudar a detectar os primeiros sintomas e até mesmo direcioná-las para que não demorem a procurar tratamento.

Diante da propagação da importância do diagnóstico precoce e do tratamento farmacológico para as manifestações de tristeza que se assemelham à depressão, observa-se que as pessoas se autodenominam deprimidas. Com efeito, tudo se passa como se as dores da vida

pudessem ser dispensadas, eliminadas por meio da medicação (Kehl, 2009).

A medicalização dos tratamentos, quando em uma forma simplificada, tende a banalizar a depressão, atribuindo-lhe caráter de doença que deve ser tratada o mais rapidamente possível. Embora esteja claro que o paciente depressivo sinta-se adoentado, ainda que fisicamente, não se pode dizer que a depressão se trata de uma doença, pelo menos não como a medicina constitui as doenças, a não ser que seja dito que se trata de uma doença humana (Fédida, 2002).

Melancolia, depressão e depressões: aspectos teóricos

De acordo com Kehl (2009), a melancolia encontra-se próxima à esquizofrenia. A falta do objeto na melancolia origina-se na primeira etapa da constituição do sujeito, denominada fase oral, período em que ainda há indiscriminação entre mãe e bebê. Assim, o objeto perdido encontra-se confundido com o eu. A melancolia organiza-se como neurose narcísica, contrapondo-se à histeria, à neurose de angústia e à neurose obsessiva.

Entre melancólicos e depressivos, as diferenças manifestam-se primeiramente por

meio dos discursos. Enquanto as reclamações e autoacusações dos melancólicos são delirantes, nas pessoas depressivas, estas são comedidas. Estas últimas procuram para suas queixas algum acontecimento da vida real para justificar suas aflições. Sendo assim, pode-se dizer que os depressivos se encontram do lado da neurose, ou seja, na melancolia, a dor moral assegura-se em delírios, e na depressão, simboliza-se diante do vazio psíquico (Kehl, 2009).

A autora afirma que o melancólico não é marcado pela identificação fálica, o que ocorre no depressivo, que é um representante do falo. Portanto, este não se trata de um psicótico, uma vez que está marcado pela castração, porém, consiste nisso o motivo da dor narcísica e vergonha, sendo que escolheu acomodar-se e retirar-se do jogo da ambivalência com o pai, contexto em que o sujeito se envergonha de sua impotência (Kehl, 2009).

Ainda segundo Kehl (2009), a depressão como fenômeno unitário é diferente das depressões ocasionais ocorridas na vida dos sujeitos, como o luto, por exemplo. Lutos mal elaborados, com impossibilidades de concluir o processo de elaboração da perda, podem resultar em episódios depressivos. No início do

processo, o sujeito resiste em desprender-se do objeto perdido. Trata-se de um processo de desligamento, mas que pode se tornar patológico, quando acontece do apego ao objeto perdido parecer não ter fim.

O abatimento do enlutado pode assemelhar-se ao do depressivo, em que o corpo pode desabar, sendo que, ao perder o ente querido, também se perde o valor fálico que lhe conferia o lugar ocupado junto ao desejo do outro. Já no caso dos depressivos, a falta fálica é perceptível desde a infância.

Kehl (2009) ressalta que certos obsessivos desperdiçam sua vida tentando atender às expectativas do outro, com pequenos detalhes insignificantes, procrastinando o tempo que poderiam estar investindo em seus projetos e desejos. Por esta razão, sua tristeza e desânimo acontecem por conta de seus fracassos nos desafios que lhes são impostos, considerando ainda que os mesmos, frequentemente, já entram nos desafios para perder.

Episódios depressivos podem acontecer no caso da histeria, segundo Kehl (2009), pois decorrem da ‘perda do amor’, questão fundamental para o histérico. O indivíduo busca uma forma para driblar a castração e, assim, oferece-se como objeto de amor para o outro. Procura, então,

conservar-se no anseio de ser ‘tudo’ para o desejo do outro.

No caso da histeria, portanto, a depressão advém como uma devastação profunda no ser, que pode fazê-la aproximar-se da melancolia. A tentativa de suicídio, por exemplo, pode ser uma última cartada, com a intenção de oferecer-se como ‘toda’ ao outro. O desejo não é o de aniquilar-se, mas de revelar ao outro que a vida sem ele não tem sentido algum (Kehl, 2009).

Portanto, ocorrências depressivas na neurose podem ocorrer com maior ou menor duração ou intensidade, o que pode ser ilustrado pela queixa comum de alguns pacientes que se autodiagnosticam como possuindo depressão sem nenhum diagnóstico prévio.

Hegenberg (2013) discorre sobre o que é a depressão no caso do Borderline. Esta pode ocorrer após intensa agitação e altera-se com muita rapidez, ou seja, há oscilações entre depressão e euforia. Há um grande vazio de sentido de vida que só se vê amenizado diante de um objeto de apoio que possa minimizar a ameaça de abandono.

Outro episódio depressivo que ocorre (geralmente com o neurótico), diz respeito ao término ou finalização de uma análise. Como afirma Kehl (2009), isso ocorre quando o lugar do analista na transferência é

percebido como um lugar vazio, e, sendo assim, o paciente deprime o que pode acarretar uma prostração e agravamento do quadro. Contudo, essa ocorrência de perceber o vazio de significações, de amor e demandas de amor, permite ao paciente suportar o próprio vazio, angústia de sua condição humana.

A partir dos estudos freudianos sobre a melancolia, Delouya (2010) afirma haver um consenso entre diferentes autores que defendem a proposição do eixo narcísico da depressão. Atualmente, a psicanálise defende a concepção de que a sensibilidade depressiva situa-se no estágio constitutivo da configuração do objeto, ou seja, segundo essa perspectiva, a depressão ocorre com a consciência do sujeito de ser este separado da mãe ou do afastamento progressivo desta. Esse momento é descrito como “posição depressiva”, por Melanie Klein, “estádio de espelho”, por Lacan, “estado de preocupação”, de Winnicott e “fase de separação/individuação”, de Mahler, (Delouya, 2010, p. 47).

Segundo o autor, o processo de emergência do sentimento de perda do objeto ou de partes do mesmo ocorre ainda quando a criança, não sendo capaz de reparar o objeto internamente, inaugura o afeto depressivo. Portanto, o estado

deprimido constitui-se nesse ponto focal de transição. Já a superação dessa condição vai depender da disponibilidade da figura do objeto materno para com a criança e também do bom trabalho do luto. Portanto, em consonância com o ensaio de Freud, de 1914, autores pós-freudianos, como Winnicott e Bion, aproximam-se da visão de que obstáculos melancólicos devem ter tido origem no próprio objeto ou figura materna (Delouya, 2010).

Nesse contexto, em que se localiza a constituição da depressão no ponto de transição no qual a criança não foi capaz da reparação da perda do objeto materno, a resposta da questão originária da depressão também pode ser encontrada em outras concepções, como por exemplo, nas questões que perpassam teorizações sobre a angústia. Segundo Delouya, no livro *Inibição, sintoma e angustia* (1926[1925]), Freud analisa o tema da angústia. Trata-se da “situação traumática originária”, ou seja, é a partir do nascimento que a criança constitui seu estado de desamparo.

Ao pesquisar novamente o desamparo, Freud culmina na noção de pulsão de morte, o que o faz propor que o psiquismo deve “ser articulado em uma matriz essencialmente defensiva” e os grandes sistemas dessa matriz defensiva

constituem-se por depressão, dor e angústia (Delouya, 2010, p.50).

Assim como a dor e a angústia, a depressão designa um estado afetivo, mas com privações das qualidades e figuras específicas e únicas, as quais “animam e dotam o afeto de sua especificidade” (Delouya, 2010, p. 15-16). Trata-se de patologia, não como termo médico de doença, mas sim como característica de possuir algo que é importante para o viver humano.

Segundo o autor, foi Abraham (1911) quem forneceu subsídios para a suposição de que a angústia e a depressão contêm (ainda que com diferentes aspectos) as marcas do desamparo infantil, associado ao trauma de nascimento. Tanto a angústia quanto a depressão acontecem por motivos inconscientes, diferentemente do estado de medo e luto. Elas também respondem em posições opostas no tempo, sendo que a “angústia se endereça ao futuro, enquanto a depressão se refere ao passado” (Delouya, 2010, p.51).

O autor elucida ainda que a depressão é agregada ao estado de prostração, ao evento traumático, como se fosse uma experiência relacionada acalimidade do nascimento; por outro lado, a angústia seria uma reação de defesa ao

evento traumático do nascimento (Delouya, 2010).

Ao buscar estabelecer o campo da depressão, Delouya (2010) afirma que a depressão é um fenômeno quase banal do viver humano. Assim como a dor e a angústia, a depressão manifesta-se dos mais variados modos, podendo ocorrer em todas as estruturas consagradas pela psicanálise, como nas neuroses, psicoses e na perversão.

Contudo, Berlink (2008) alega que, para a psicanálise pós- freudiana, parece cauteloso caracterizar a depressão como um “estado” que se manifesta em qualquer estrutura clínica, e, sendo assim, “não seria certo dizer depressão neurótica, depressão perversa ou depressão psicótica, pois esta seria somente uma, ocorrendo nas variadas estruturas clínicas” (Berlink, 2008, p. 76).

De acordo com Delouya (2010), o pensamento sobre a melancolia, na medicina, inicia-se séculos antes de Cristo, com Hipócrates, em que a melancolia consistia por referir-se ao humor ou estado de ânimo. A depressão, porém, foi introduzida na medicina como sendo “um estado de ser abatido e consternado”. Ressalte-se que houve uma ampliação progressiva do uso da expressão ‘depressão’ pela psiquiatria, que se consolidou e passou a fazer parte dos manuais oficiais da

psiquiatria. Delouya destaca que Freud se opõe a essa direção e investe na noção de melancolia em detrimento da depressão.

A partir de 1923, Freud, ao referir-se à melancolia, imprimiu-lhe o conceito de “neurose narcísica” e, mesmo abandonando o interesse pela patologia depressiva, por volta de 1893, o fenômeno não deixa de aparecer nas descrições clínicas dos diferentes quadros analisados por ele. Com efeito, como assinala Delouya, a depressão enquanto afeto aparece como angústia em todas as formas de neurose e psicose.

De acordo com Fédida (2002), somos influenciados por uma concepção do “humor ou da timia”. Neste caso, o humor depressivo, cuja noção remete-nos a determinações existenciais daquilo que é vital. Além disso, o autor relata que o termo *thymos*, em Platão, designa “alma afetiva e emocional que se desregula facilmente sob a influência dos acontecimentos da vida” (Fédida, 2002, p.20). O mesmo propõe que, através dos sonhos, pode ser possível conhecer esses “altos e baixos”, como nos sonhos de quedas e “despenhamento”, em que há a percepção interna do decaimento em si mesmo, ou seja, como se faltasse a proteção da altura.

Essa valorização do humor depressivo teve como consequência estimar

os aspectos temporais provocados nos estados deprimidos. Segundo Fédida (2002), o paciente deprimido solicita tempo. E, sendo assim, indaga-se quão sofrida ou padecida foi a vida desse paciente, a tal ponto que este não mais permita percepções sobre a sua temporalidade interior. Além disso, o sujeito com depressão possui o sentimento de que houve grandes transformações no tempo, uma vez que o modo com que ele se coloca é como se fosse “arrastado” pela vida.

Seguindo essa concepção, Fédida constata que “a depressão é, com certeza, uma doença humana do ”tempo”, que afeta a representação e a ação, as potencialidades da linguagem, assim como a comunicação com os outros” (Fédida, 2002, p. 24). Mas como podemos definir o tempo?

Na obra *Cronos ensandecido*, Oliveira (2009) descreve o tempo analisado por Santo Agostinho, como “tempo psicológico”. Agostinho menciona que sabemos sobre o tempo porque sentimos a sua passagem desde o nascimento até a morte, sendo esta experiência temporal vivida de maneira própria a cada um, com passagem mais rápida ou lenta. Portanto, não podemos explicar o tempo, mas o compreendemos através da sensação de que o tempo acontece (Oliveira, 2009).

Na atualidade, o tempo é associado ao ritmo das máquinas industriais, ao trabalho rápido e constante, com duração de tempo estipulada, sendo que o objetivo da produção é o lucro. Nesse sentido, o homem tem se identificado com esse tipo de movimento acelerado, o que o afeta de modo a causar-lhe stress e toda sorte de mal-estar. Contudo, esse funcionamento frenético não é compatível com o ritmo do aparelho psíquico, o tempo da alma humana, que pressupõem o parar, sentar, esperar (Assis, 2009).

Assis (2009) discorre sobre o tempo de que o psiquismo necessita para a elaboração de emoções. Propõe que o tempo não acontece rapidamente, como nos mecanismos de formação do raciocínio, nas reações de medo, de alerta e de perigo. Na dinâmica emocional, referente aos processos inconscientes, as características de processamento são outras, o que a torna vagarosa, pois supõe características como “espera, tolerância à incerteza, convivência com o medo, contato com a dor psíquica, construção de significados, elaboração de fantasias inconscientes associadas ao estímulo”, (Assis, 2009, p. 69-70).

O autor sugere ainda que o tempo de processamento das emoções torna-se exemplificado no estado de luto, pois a

elaboração de perda de um ente querido requer um tempo delongado e de grande consumo de energia psíquica. Cada pessoa precisa de um tempo próprio para assimilar o luto, que não pode ser mensurável e acontece com ritmo próprio. Com efeito, processos de elaboração de perdas não se fazem às pressas, mas requerem que as emoções possam ser vividas no "tempo da alma" (Assis, 2009).

Fédida (2002) mostra-nos que, no estado deprimido, a temporalidade, associada às flexibilidades da vida psíquica, encontra-se inibida e, diante disso, permanece afetada tanto nos aspectos correlacionados ao presente, passado e futuro como também na temporalidade ligada aos acontecimentos da vida diária da pessoa depressiva.

Na origem da constituição do depressivo, ocorre o que Kehl (2009, p. 238) se referiu como a "insuficiência da ausência", em que a mãe não permite à criança se deparar com a capacidade de frustrar-se ante a sua falta e a até mesmo com a potência em convocar o outro a satisfazer suas necessidades. Assim sendo, pode se dizer que, inconscientemente, o depressivo se recua, a saber, da castração, busca não entrar em contato a respeito da sua constituição e acontece, portanto, um

arrasamento da sua subjetividade. Em neuróticos, esse saber pode aparecer em sonhos, lapsos e outros sintomas.

Segundo Kehl (2009), o sentimento de impotência que o depressivo carrega deriva não da ineficácia de atrair a atenção do outro, mas por ter sido cuidado em demasia da experiência de perceber a ausência; como consequência, ele se vê tomado por um vazio diferente do que se refere à perda do objeto, sendo que esta não causa o vazio e sim o desejo. Portanto, a depressividade, de acordo com Kehl (2009), seria nada mais do que "condição inaugural do trabalho de representação do objeto" ou colocar em ato a necessidade de atrair o retorno da mãe (Kehl, 2009, p. 239).

A abordagem clínica da depressão

Ao falar e imaginar a depressão, são produzidas metáforas que nos remetem ao frio, ao silêncio e às catástrofes ou ao desaparecimento de vida. Fédida (2002) menciona que a função da depressão ainda seria comparada a um sono de hibernação e que deve ser respeitada e abordada com habilidade.

Para discutir sobre o tratamento psicoterápico da depressão, Berlink (2008) utiliza a metáfora da catástrofe glacial,

segundo a qual o animal que perdeu o contato com o objeto de satisfação e com a regularidade sexual busca um ambiente como as cavernas, para se recolher.

Assim como na Era Glacial primitiva, também os pacientes deprimidos mimetizam a hibernação glacial, pois necessitam de um lugar tranquilo e protegido, em que possa contar com uma pessoa que cuide dele e assim se entregar à prostração. Diante desse quadro, o psicoterapeuta deve abrir-se para transferência produzida pela lentificação do paciente deprimido, mas sem afastar-se da sua própria depressividade (Berlink, 2008).

Um ponto essencial ao tratamento é compreender que a depressão se trata de um tempo que o sujeito precisa para a reconstrução e reorganização narcísica do vazio. Necessita, assim, de um “leito placentário”, um ambiente próprio, que consiste na primeira condição ao tratamento. Caso não seja este suficientemente cavernoso, seguro, o paciente nessa situação poderá sentir-se ameaçado, inseguro e em estado de desamparo (Berlink, 2008).

Mas o que vem a constituir o sugestivo vazio? De acordo com Fédida (2003, p. 71), o sentimento de vazio, constantemente abordado por pacientes deprimidos durante o tratamento, trata-se da

“experiência psíquica da instância e mesmo da espera de sentido”. O autor cita Winnicott, o qual identificou o vazio como um estado passado, que não pode ser recordado, que se constitui diferente do trauma e corresponde à organização narcísica primária. Ainda complementa que o vazio se constitui da necessidade anterior ao desejo de refugiar-se.

Nesse sentido, Fédida (2003) conclui que a descoberta do vazio na depressão, durante o tratamento, induz a crer que esse poderia ser o centro de auxílio máximo da cura. Sendo assim, constata que o vazio não é a morte.

O que é simbolizado através da fala apresenta-se como ponto importante no tratamento psicoterápico. O tratamento da depressão deve ser constituído pela temporalidade das representações significantes traduzidas pela linguagem; porém, torna-se importante salientar que este lugar, na atualidade, vem perdendo espaço e valor (Berlink, 2008).

No tratamento psicoterápico, segundo Fédida (2002, p. 55), o fator depressividade é fundamental, sendo que este pode ser útil no processo de associação e à atenção do paciente, “Caracterizar a vida psíquica pela depressividade significa considerá-la como protetora e reguladora de

seu desenvolvimento individual”, ou seja, a depressividade tem a função de defender o psíquico contra uma possível angústia de aniquilamento.

Conforme propõe Fédida (2002, p. 30), no tratamento psicoterápico há certa particularidade da depressividade, sendo que esta constitui por característica, uma “percepção endopsíquica”, ou seja, uma acentuada atenção de si, em que sucedem autoacusações, culpabilidades e diversas queixas dos pacientes dizendo não se sentirem bem. E, associados a isso, observam-se até mesmo pressentimentos de que catástrofes se encontram prestes a ocorrer. No discurso do paciente deprimido, apresenta-se a percepção de que ele se acha em um processo de apagamento lento da vida.

O autor destaca que cada caso tem sua especificidade e sua própria singularidade e, além disso, considera que a depressividade se oferece de formas variáveis, o que faz com que a psicoterapia não possa agir de forma sistemática, como tão somente sob a forma de psicanálise clássica aplicada. Contudo, o autor assegura a importância da manutenção da posição quanto à duração das sessões e à regularidade dessas, o que guarda relação com a questão da problemática do tempo do

paciente depressivo, analisada anteriormente.

Faz-se também importante levar em consideração o tempo que o paciente permanece na depressão. A saída induzida do estado por medicamento antidepressivo ou por atividade psicoterapêutica pode provocar um efeito inibidor na depressividade, podendo levar o paciente ao suicídio (Berlink, 2008).

A função do tratamento psicoterápico seria a de constituir ou reconstituir o aparelho psíquico, utilizando-se da linguagem como forma de obter acesso à própria depressividade do paciente, como nos tempos de seu funcionamento psíquico fora do quadro agravado pela depressão. Nos desdobramentos da fala, em que tenha sido respeitado o ‘tempo do paciente’, permite-se a emergência da experiência que o paciente possivelmente ainda não conhecia, qual seja, ser escutado na liberdade do seu próprio tempo de pensamento e de expressões (Fédida, 2002).

Nesse contexto, Berlink (2008) assegura que o psiquismo do psicoterapeuta seria como uma caverna placentária, rica em depressividade. Portanto, o desafio do tratamento da depressão é a possibilidade do psicoterapeuta “atravessar o inverno transferencial, sem, contudo, perder com sua

própria depressividade” (Berlink, 2008, p. 87).

Há, de acordo com Berlink (2008), um tipo de transferência que o psicoterapeuta pode sentir no processo do tratamento, que se trata de uma anemia psíquica crescente, desânimo, irritabilidade, ausência de apetite de conteúdos psíquicos, fraquezas e distintas sensações, de acordo com Deloya (1999) citado por Berlink (2008) destaca que a angústia, nas correntes freudiana e lacaniana, tem como princípio o acesso à fala e ao desejo. Na kleiniana, envolve a interpretação das fantasias, induzindo a fala. No caso do paciente deprimido, este paciente, aponta para o “não falar”. Contudo, o que fica evidente, no caso do deprimido, é, paradoxalmente, o silêncio como uma fresta, uma abertura, demonstrando que ali acontece um remanejar, algo da recomposição. Sendo assim, tudo leva a crer que o espaço depressivo propõe um tempo para o processo de integração. Metaforicamente, seria um momento para “balanço ou reforma”.

Sendo assim, o enquadre e o analista são possibilidades que permitem ao paciente um abrigo e refúgio, com o tempo necessário para a emergência da vida psíquica ou o referido período de elaboração. Esse processo constitui-se do mesmo modo que o

sono institui o enquadre para o surgimento dos sonhos. Porém, o autor sugere que esse modo de condução depende do grau, intensidade e natureza da depressão.

O grau de violência em que o sujeito deprimido se encontra depende de quanto maior for o estado embotado que o sujeito se defronta. Para esses pacientes, talvez seja suficiente a presença atenciosa, em caso mais ameno, o ato da fala, com “suas colchas e mantas - feitas palavras”, torna-se fundamental (Delouya, 2010, p. 119).

O autor alerta para a necessidade de que a avaliação seja prudente e que haja um bom manejo do paciente em análise, sendo que a conduta mais recomendada referente à depressão é que se respeite o deprimido, oferecendo-lhe um espaço ou o leito para sua depressão.

O autor ainda chama a atenção para a tendência que se tem de reanimar o deprimido, evocando-o para a vida, a qual, segundo ele, não se constitui acertada. A lentidão de que o deprimido necessita se contrapõe à intensa sugestão ao uso de psicotrópicos e tratamentos que objetivam induzir a saída do estado depressivo. O ânimo acelerado, a que podem vir a ser acometidos, não resiste à tendência ao suicídio, isto quando não o provoca.

Considerações Finais

Baseados nos estudos bibliográficos e teóricos aproximamo-nos de alguns entendimentos referentes ao tema da depressão. Fédida (2002) destaca que a depressão é doença do vivente humano, que pode acometer pessoas com diferentes estruturas psíquicas e em diversos momentos da vida.

Com Freud, a expressão melancolia foi a mais utilizada, e, atualmente, cede espaço para o termo depressão. Contudo, a psicanálise, segundo Delouya (2010), nunca se comprometeu com uma nosografia definida. Assim, os quadros clínicos que Freud retirou da psiquiatria da época, serviram como pontos de saída, com objetivo de compreendê-los no contexto direcionado à engrenagem do aparelho psíquico. Freud (1914/1996), na obra *Luto e Melancolia*, procura distinguir estes quadros. No luto, o indivíduo sabe o que perdeu; já na melancolia, não se pode ver claramente o que foi perdido.

A depressão tem sido vista como expressão do mal-estar contemporâneo, sendo que, no lugar dos sofrimentos ligados às interdições morais (a moral civilizada), encontramos novas formas de mal-estar que se apresentam nos registros do corpo, da

ação e das intensidades, e, no lugar da culpa, o vazio (Birman, 2012).

O que tem acontecido na atualidade é uma banalização do diagnóstico da depressão e que acontece associada ao tratamento medicamentoso, consequentemente, uma expansão paralela da indústria farmacêutica. Juntamente a esse quadro, segundo Kehl (2009), ocorre a patologização da vida subjetiva, ou seja, tudo leva o sujeito a um estado cada vez mais depressivo.

Constatamos que a depressão se encontra nas variadas estruturas clínicas; já a melancolia, segundo Kehl (2009), aproxima-se da psicose. A autora nos mostra que o depressivo está marcado pela castração e o seu sentimento é da ordem de vergonha pela sua impotência, enquanto que o melancólico não é marcado pela identificação fálica. A depressão é constituída de uma falta fálica e perceptível desde a infância, diferente das depressões ocasionais como no luto, sendo este ligado à morte de alguém.

A depressão ainda se configura a partir da situação traumática originária, ou a partir do nascimento. Nesse contexto, Freud, ao analisar o desamparo, propõe que o psiquismo em sua matriz defensiva se constitua por depressão, dor e angústia. Na tentativa de estabelecer o campo da

depressão, Delouya (2010) afirma ser a depressão um fenômeno quase banal do viver humano, sendo que, enquanto afeto, aparece como a dor e a angústia.

Fédida (2002) sugere sermos influenciados pelo humor depressivo, ou timia, que se origina do termo Thymos, de Platão, o qual designa algo como significando que o emocional pode ser variável diante dos acontecimentos da vida. Fédida (2002) afirma que o depressivo requer tempo, e que a depressão se constitui em doença humana do “tempo”, a qual afeta a representação e a ação. O psiquismo necessita de tempo para a elaboração das emoções. Na dinâmica emocional dos processos inconscientes, o processamento é lento e pressupõe características como, espera, tolerâncias e incertezas (Assis, 2009).

A impotência que o deprimido experimenta segundo Kehl (2009), decorre deste ter sido primitivamente omitido de se haver com a falta, a ausência. Sendo assim,

na depressividade há a necessidade de atrair o retorno da “mãe”, ou a precisão de atrair a atenção do outro, para poder se haver com a perda do objeto.

Ao se referirem à depressão, os autores utilizam metáforas, como frio, silêncio e catástrofes. Fédida (2002) propõe que a função da depressão pode ser comparada com um sono de hibernação, que deve ser respeitada. Sendo a depressão o tempo que o sujeito necessita para a reconstrução e reorganização narcísica do vazio, seria como um leito placentário, um ambiente seguro ou uma caverna, segundo Berlink (2008). Contudo, o lugar do vazio, do tempo de elaboração de sentido, vem perdendo espaço e valor na atualidade.

A condição no fator tempo, no cuidado com pacientes deprimidos é fundamental e a função da psicoterapia é a de construir ou reconstruir o aparelho psíquico. Nesses casos, a terapia para esses pacientes deve se constituir em abrigo e refúgio.

Referências

Abras, R. M. G. (2011) A vida se engole a seco: reflexões sobre a depressão na contemporaneidade. *Estudos de psicanálise*, 35, 109-114. Disponível em: <http://www.cbp.org.br/engoleaseco35.pdf> ; Acesso: 16/12/2015.

- Assis, M.B.C. (2009) O tempo da alma. . In: Pripas, S. *Cronos Ensandecido: sobre a agitação no mundo contemporâneo*. São Carlos: UFSCar.
- Berlink, M. T. (2008) *Psicologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Delouya, D. (2010) *Depressão-clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fédida, P. (2002) *Dos Benefícios da Depressão: elogios da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Giddens, A. (1991), *As consequências da modernidade*. (pp.8-156).São Paulo: UNESP.
- Hegenberg, M. (2013), *Borderline*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Jerusalinsky, A. & Fenfrik, S. (2011), *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via lettera.
- Kehl, M. R. (2009), *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Oliveira, A. J.A. (2009)Uma questão de tempo. In: Pripas, S. (2009) *Cronos Ensandecido: sobre a agitação no mundo contemporâneo*. São Carlos: UFSCar.
- Peres, U. T. (2010). *Depressão e Melancolia*.Rio de Janeiro: Zahar.
- Zimmerman, D. E. (2004), *Manual de técnica psicanalítica: Uma revisão*, São Paulo: Artmed.

As autoras:

Daura Cândida Pereira Carvalho é graduada em Psicologia, pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente, cursando especialização em Psicanálise. E.mail: dauracandida@hotmail.com.

Maria de Fátima Pessoa de Assis possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutorado em Educação escolar pela Universidade Estadual Paulista, UNESP/Araraquara. Atualmente é professora Adjunta, da Universidade Federal de Goiás. E.mail: mafapessoa@gmail.com

Recebido em: 20/07/2016.

Aprovado em: 23/12/2016.